**RICHIESTA DI ENTRATA POSTICIPATA / USCITA ANTICIPATA PERIODICA O PERMANENTE PER NECESSITÀ DI TERAPIE MEDICHE**

Al Dirigente Scolastico

PRIMO CIRCOLO DIDATTICO

FRATTAMAGGIORE

E. FERMI

OGGETTO: Richiesta di entrata/uscita periodica o permanente oltre l’orario ordinario per necessità di terapie mediche.

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunno da prelevare

 Cognome Nome

…………………………………………………………… frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [Cognome e Nome alunno/a]

della Scuola: Infanzia - Primaria

chiede

che il/la propri… figli… possa *(barrare la scelta che interessa)* entrare posticipatamente alle ore …………….. uscire anticipatamente alle ore ……………..

uscire alle ore ……………. e rientrare alle ore …………….

per eseguire terapie mediche, nei giorni e negli orari di seguito indicati:

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………… dal ………...……. al …….………. Ovvero per l’intero anno scolastico

Si allega attestazione medica con l’indicazione dei giorni ed orari delle terapie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*luogo e data firma leggibile*



Visto, si autorizza:

Il Dirigente Scolastico (dott.ssa Cristina Novi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FRATTAMAGGIORE, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL PRESENTE MODELLO E L’ATTESTATO DELLA STRUTTURA MEDICA/SANITARIA VANNO CONSEGNATI IN SEGRETERIA**